

VU Research Portal

Kwetsbare ouderen: Zorg of geen Zorg?

Plaisier, I.; Broese Van Groenou, M.I.; Deeg, D.J.H.

2012

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Plaisier, I., Broese Van Groenou, M. I., & Deeg, D. J. H. (2012). *Kwetsbare ouderen: Zorg of geen Zorg?* Vrije Universiteit.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

VWS vraag 2011

Kwetsbare ouderen: Zorg of geen zorg?

I Plaisier, M Broese van Groenou, DJH Deeg

December 2011



Inhoud

1.	Inleiding en onderzoeksvragen	5
2.	Zorggebruik bij ouderen naar kwetsbaarheid en functionele beperkingen	10
3.	Ouderen met en zonder AWBZ indicatie: combinaties met andere zorgvormen, kwetsbaarheid, sociale omstandigheden en persoonlijke kenmerken	16
4.	Ontwikkelingen in sociaal netwerk en zorggebruik bij (kwetsbare) ouderen	25
5.	Kwetsbare ouderen: zorg of geen zorg? Samenvatting en conclusies.	29
	Referenties	32
	Bijlage: meetinstrumenten	33

1. Inleiding en onderzoeksvragen

In de beleidsbrief 'Vertrouwen in de zorg' (TK 2011) schetst de staatssecretaris van VWS haar beleidsvoornemens voor de komende jaren. 'Kwetsbare mensen moeten op zorg kunnen vertrouwen' is het motto van dit beleid, waar zij onder meer inzet op een verbetering van de organisatie en kwaliteit van zorg. Het beleid doet een sterk appel op de eigen verantwoordelijkheid en daadkracht van de burger om zorg te organiseren op momenten dat dit nodig is. Het uitgangspunt is: 'Mensen kunnen meestal uitstekend zelf beslissen welke ondersteuning en zorg ze nodig hebben en waar ze die krijgen' (pg. 5). Er wordt wel rekening gehouden met het feit dat niet iedereen dit zal lukken en dat er mensen zijn die 'moeilijk keuzes kunnen maken' (pg. 6).

Deze uitgangspunten kunnen ondersteund worden door in kaart te brengen hoeveel kwetsbare ouderen zorg ontvangen en in hoeverre deze zorg gegeven wordt door professionele (AWBZ geïndiceerde hulp en Wmo betaalde hulp), particulier betaalde dan wel informele helpers. Vooral interessant hierbij is na te gaan hoe het niet-gebruik van zorg gerelateerd is aan het a) niet aanvragen van AWBZ/Wmo zorg en aan b) het niet gebruiken van een verkregen AWBZ/Wmo indicatie voor zorg. Dit geeft inzicht in het aantal kwetsbare ouderen dat hun zorgbehoefte oplost met niet-professionele hulp, en in het aantal kwetsbare ouderen dat geen gebruik maakt van hun indicatie voor zorg.

Kwetsbaarheid is een gezondheidssituatie die de kans op gezondheidsproblemen (en daarmee samenhangende zorgvragen) vergroot (van Campen 2010), maar kwetsbare ouderen hoeven nog niet daadwerkelijk 'gekwetst' te zijn en ook zorg te gebruiken. Derhalve wordt als tweede indicatie voor de gezondheidssituatie de mate van functionele beperkingen gebruikt, hetgeen een concrete zorgbehoefte aangeeft en een veel gebruikte indicator voor zorggebruik is. Kwetsbaarheid en functionele beperkingen worden in combinatie met elkaar gebruikt om te bepalen of zorggebruik vooral aan kwetsbaarheid dan wel aan functionele beperkingen gerelateerd is. Met behulp van de LASA-gegevens verzameld in 2008/09 kunnen de volgende vragen worden beantwoord:

1. Hoeveel ouderen maken gebruik van AWBZ-zorg, Wmo-zorg, particulier betaalde hulp en/of hulp uit het eigen netwerk, en welk percentage is daarvan kwetsbaar en/of lichamelijk beperkt?
2. Hoeveel ouderen hebben geen AWBZ-zorg of Wmo-hulp, terwijl er wel sprake is van een zorgvraag geïndiceerd door kwetsbaarheid en/of functionele beperkingen? En hoeveel ouderen gebruiken dan wel vormen van niet-professionele hulp?
3. Hoeveel ouderen hebben een indicatie gekregen voor AWBZ zorg maar maken er geen gebruik van? Maken deze ouderen wel gebruik van Wmo hulp, particulier betaalde of hulp uit eigen netwerk?
4. Welke sociale en individuele kenmerken hebben kwetsbare/beperkte ouderen die a) geen indicatie aanvragen, b) een indicatie hebben en die niet gebruiken, c) een indicatie hebben en die wel gebruiken. Te onderzoeken kenmerken zijn: sekse, leeftijd, opleiding, inkomen, partner status, netwerkomsang, de mate van ervaren regie, subjectieve gezondheid, regio en urbanisatiegraad,

kwetsbaarheid en functionele beperkingen die met het zorggebruik geassocieerd kunnen zijn (Anderson & Newman 2005).

Vanuit het SCP-rapport Kwetsbare Ouderen (van Campen 2010) is bekend dat kwetsbare ouderen een vier- tot vijfmaal zo grote kans hebben op opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Een van de aanbevelingen van het SCP rapport is kwetsbaarheid bij ouderen te voorkomen waarmee de levenskans vergroot en opname in een zorginstelling wordt uitgesteld. De DMO vragen aan LASA zijn gebaseerd op het streven kwetsbaarheid bij ouderen te verminderen, en beogen meer inzicht in a) een tijdige signalering en integrale benadering van de problemen van kwetsbare ouderen, en b) een actieve inschakeling van het sociale netwerk van ouderen. Uit het SCP rapport Kwetsbare ouderen is bekend dat 'sociale kwetsbaarheid' (het ontberen van huisgenoten, steun en/of contacten) relatief weinig invloed had op de opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. Daarvoor zijn fysieke kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid sterkere determinanten. Echter, kenmerken van het sociale netwerk (aanwezigheid en steun van bepaalde relaties met familie, burens en vrienden; verkrijgen van informele hulp van partner, familie, burens of vrienden) kunnen wel bijdragen tot het voorkomen van overmatig of vroegtijdige inzet van professionele hulp aan huis.

In aansluiting op het voorgaande over zorggebruik van kwetsbare ouderen kunnen longitudinale analyses uitwijzen in hoeverre een actieve inzet van het sociale netwerk van ouderen het gebruik van professionele zorg voorkomt. Hierbij denken we aan het aantal beschikbare sociale relaties (netwerkomvang), de aanwezigheid van een partner, en het gebruiken van informele zorg van netwerkliden buiten het huishouden. Extra aandacht verdient hierbij de inzet van particulier betaalde hulp, hetgeen voor velen mogelijk de inzet van professionele hulp voorkomt. We verwachten dan ook dat kwetsbare ouderen met particuliere hulp en/of een groter netwerk, met partner en met hulp uit het eigen netwerk relatief minder vaak gebruik maken van professioneel betaalde hulp dan ouderen zonder deze sociale en particuliere hulpbronnen. Te verwachten is ook dat de aanwezigheid van deze niet-professionele hulpvormen zowel de inzet van Wmo-hulp als de inzet van AWBZ-hulp kunnen voorkomen. Met behulp van de LASA-waarnemingen in 2001/02, 2005/06 en 2008/09 kan de samenhang in de ontwikkelingen in het sociale netwerkomvang, de partnerstatus, het gebruik van hulp uit het netwerk en particuliere zorg enerzijds en het gebruik van professionele zorg tussen 2001-2009 anderzijds onderzocht worden. Verwacht kan worden dat bijvoorbeeld een inkrimpend netwerk of een afname in zelf georganiseerde zorg (door netwerk en/of particuliere hulp) een toename in professionele zorg te zien geeft. Evenzo kan een toename in gebruik van particuliere zorg een uitstel van gebruik van professionele zorg te zien geven.

5. In hoeverre is er bij (kwetsbare en/of beperkte) ouderen sprake van een samenhang tussen de ontwikkelingen in zorg van sociale en particuliere hulpbronnen enerzijds en de ontwikkelingen in het gebruik van professionele zorg anderzijds?

Gebruikte gegevens

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn voor vraag 1 tot en met 4 alle ouderen van 65 jaar en ouder geselecteerd¹ waarover gegevens van het meest recente hoofdinterview en medisch interview (LASA meting 2008-2009) beschikbaar zijn (n=1191). In de presentatie van de resultaten worden ongewogen aantallen en gewogen (naar sekse en leeftijd) percentages beschreven. Voor vraag 5 zijn gegevens gebruikt van 981 ouderen voor wie gegevens van tenminste twee waarnemingen beschikbaar waren.

Wat is kwetsbaarheid?

Ouderen verschillen onderling sterk van elkaar in de mate waarin zij behoefte hebben aan zorg. De een is uiterst zelfredzaam, terwijl de ander meer problemen heeft bij het dagelijks functioneren, ook al zijn zij even oud en is er niet direct sprake van functionele beperkingen. Het gaat dan om ouderen die *kwetsbaar* zijn en bij wie een risico voor gezondheidsproblemen en/of verwaarlozing (zowel lichamelijk als sociaal emotioneel) bestaat. Op grond daarvan zouden zij hulp en zorg nodig kunnen hebben, maar niet alle kwetsbare ouderen zullen een hulpvraag hebben en daadwerkelijk hulp ontvangen.

Bij kwetsbare ouderen zijn diverse lichamelijke functies zodanig verminderd dat men niet meer op hetzelfde activiteitsniveau functioneert als voorheen, zonder dat men daadwerkelijk functionele beperkingen hoeft te ervaren. Het gehoor en gezichtsvermogen is bijvoorbeeld verminderd, of de oudere kan te maken hebben met (lichte) geheugenproblemen of krachtsverlies in de handen. Dat maakt dat de oudere minder zelfverzekerd is en meer problemen heeft bij het doen van dagelijkse activiteiten zoals huishouden, een boodschapje doen of bij het onderhouden van sociale contacten. De oudere hoeft zichzelf hier niet van bewust te zijn of dit zelf als een probleem te ervaren.

Het begrip kwetsbaarheid in dit rapport is de vertaling van het begrip 'frailty' dat in Angelsaksische literatuur steeds vaker wordt gebruikt. Frailty of kwetsbaarheid wordt in deze literatuur gezien als een syndroom waarbij de interactie tussen subklinische (nog niet waarneembare) ziekten en psychosociale stressoren maakt dat iemand vatbaar wordt voor ongewenste gezondheidsuitkomsten (van Iersel et al. 2009). Het kenmerk van kwetsbaarheid is dat er in meerdere systemen deficiënties optreden (Fried et al, 2001).

De mate van kwetsbaarheid bij ouderen speelt een rol bij het inschatten van gezondheidsrisico's en de daarmee samenhangende zorgbehoefte (Fried et al. 2004). Kwetsbaarheid verhoogt het risico op verdere achteruitgang en leidt tot een hoger gezondheidszorggebruik en sterfte (Deeg & Puts 2008). Uit het oogpunt van bescherming en preventie van ongewenste gezondheidsuitkomsten zouden ouderen die kwetsbaar zijn zorg en hulp nodig hebben. Echter, ouderen die volgens de definitie kwetsbaar zijn hoeven zichzelf niet altijd als kwetsbaar te beschouwen en ook geen hulpvraag te hebben, bijvoorbeeld omdat zij zich niet ziek voelen, of zelf geen beperkingen in het functioneren ondervinden.

¹ Ook in het SCP rapport 'Kwetsbare ouderen' (2011) is deze leeftijdsgrens gehanteerd.

Kwetsbaarheid bij ouderen in het LASA onderzoek

In onderhavig LASA onderzoek is kwetsbaarheid bepaald volgens een smalle, vooral op fysieke kenmerken gebaseerde definitie. Deze kenmerken zijn een gering lichaamsgewicht (BMI <23), geheugenproblemen (MMSE < 24), verminderd gehoor, verminderd gezichtsvermogen, verminderde handknijpkracht en weinig lichaamsbeweging (Huisman et al, 2011). Voor elk van deze zes factoren is een criterium van kwetsbaarheid bepaald. Als er 3 of meer van deze factoren aanwezig zijn wordt de oudere geacht kwetsbaar te zijn.

Kwetsbaarheid versus functionele beperkingen

Naast kwetsbaarheid is het hebben van functionele beperkingen een belangrijke determinant voor het ontvangen van zorg (o.a. Plaisier, van Tilburg & Deeg, 2011). *Functionele beperkingen* is te definiëren als de moeite die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten (Verbrugge & Jette, 1993). Deze functionele beperkingen kunnen in gradaties voorkomen. Bepaalde activiteiten, zoals traplopen, of wassen en aankleden, kunnen met enige moeite worden volbracht door de oudere, of helemaal niet. De ernst van de beperking speelt dus een rol bij de behoefte aan hulp en zorg, maar ook de discrepantie tussen de capaciteiten van de ouderen en eisen die omgeving aan de oudere stelt. Sommige activiteiten kunnen immers worden vermeden, zoals bij het voorbeeld van traplopen: een lift en een gelijkvloerse woning kunnen maken dat de oudere die niet zonder hulp kan traplopen toch zelfstandig, zonder hulp, kan functioneren. En ook een oudere die door een hartkwaal of rugklachten niet langer dan 5 minuten aan een stuk kan lopen, kan misschien wel prima gebruik maken van fiets en auto, en daardoor uitstekend in staat zijn boodschappen te doen en bij iemand op bezoek te gaan.

Op het eerste gezicht lijken de begrippen functionele beperkingen en kwetsbaarheid elkaar te overlappen, maar uit nader onderzoek blijkt dit slechts ten dele het geval. Kwetsbaarheid en beperkingen zijn twee verschillende aspecten van gezondheid die apart van elkaar of tegelijkertijd kunnen voorkomen (Fried et al., 2004; Deeg & Puts, 2007). Kwetsbaarheid kan leiden tot functionele beperkingen, maar de kwetsbare oudere hoeft de beperking (nog) niet te ervaren. Anderzijds kunnen ouderen met een beperking niet altijd te voldoen aan de definitie voor kwetsbaarheid, bijvoorbeeld omdat de beperking van tijdelijke aard is als gevolg van een operatie of kortdurende ziekte, of als er sprake is van een enkelvoudige beperking. Ouderen die kwetsbaar zijn en daarnaast ook functionele beperkingen hebben zouden meer behoefte kunnen hebben aan zorg dan kwetsbare ouderen die zelf (nog) geen functionele beperkingen ervaren, of ouderen die wel functionele beperkingen hebben maar niet kwetsbaar zijn.

Functionele beperkingen bij ouderen in het LASA onderzoek

Functionele beperkingen zijn in LASA gemeten aan de hand van vragen over het al dan niet zelfstandig kunnen uitvoeren van de dagelijkse (lichaams)activiteiten (ADL). Deze activiteiten zijn een trap van 15 treden open en aflopen zonder stil te hoeven staan, aan en uitkleden, gaan zitten en opstaan uit een stoel, buitenshuis lopen zonder stil te hoeven staan, gebruik maken van het openbaar vervoer, het

knippen van de teennagels en zelf een bad of douche nemen. Voor elk van deze activiteiten is gevraagd of zij dit zonder moeite (1), met enige moeite (2), met veel moeite (3), alleen met hulp (4) of helemaal niet (5) kunnen uitvoeren. Ouderen die bij een of meerdere van deze activiteiten (behalve het knippen van teennagels) aangaven dit met veel moeite, alleen met hulp of helemaal niet kunnen uitvoeren, zijn in dit onderzoek aangemerkt als ouderen met functionele beperkingen.

Drie vormen van zorggebruik

In dit onderzoek zijn drie vormen van zorg en hulp onderzocht: (1) professionele persoonlijke zorg, begeleiding of verpleging waarvoor een AWBZ indicatie nodig is, (2) professionele huishoudelijke en instrumentele hulp die valt onder de Wmo, en (3) informele hulp door mantelzorgers en/of particulieren². Voor deze drie vormen van zorg is onderzocht of ouderen deze vorm van zorg of hulp hebben of hebben aangevraagd, en hoe deze wordt ingezet. Voor AWBZ zorg zijn vijf elkaar uitsluitende categorieën gemaakt: verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis (1), persoonlijke (AWBZ geïndiceerde) zorg thuis (2), een AWBZ indicatie zonder daadwerkelijke professionele persoonlijke zorg thuis (3), een indicatie aangevraagd maar nog niet gekregen (4), en geen AWBZ indicatie en geen professionele persoonlijke zorg (5). Bij vormen van hulp die onder de Wmo vallen (alleen onder zelfstandig wonende ouderen) is een onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke hulp (formeel, door een thuiszorginstelling) en instrumentele hulp. Bij instrumentele hulp kan het gaan om aanpassingen in de woning, een alarmsysteem, vervoers- of maaltijdregelingen, en hulpmiddelen zoals een rolstoel. Ook voor vormen van Wmo hulp zijn vijf elkaar uitsluitende categorieën gemaakt: alleen huishoudelijke hulp (1), alleen een voorziening (instrumentele hulp) (2), een combinatie van een voorziening en huishoudelijke hulp (3), een indicatie aangevraagd maar (nog) niet gekregen (4) en geen vorm van Wmo hulp (5). Ook informele vormen van hulp zijn ingedeeld in verschillende elkaar uitsluitende categorieën, waarbij het gaat om verschillende combinaties van persoonlijke zorg en huishoudelijke hulp van de partner, uit het persoonlijke netwerk (maar niet partner) en van een particuliere (betaalde, maar op eigen initiatief ingezette) hulp. De acht categorieën zijn: alleen hulp van partner (1), alleen hulp uit netwerk (niet partner)(2), alleen particuliere hulp (3), partner en netwerk samen (4) , partner en particulier samen (5) , netwerk en particulier samen (6), alle drie vormen van informele hulp (7) en geen informele hulp (8).

² Hoewel een particuliere hulp ook een professional zou kunnen zijn die persoonlijke zorg geeft, gaat het in deze onderzoeksgroep bij particulier betaalde hulp in vrijwel alle gevallen om een huishoudelijke hulp (werkster).

2. Zorggebruik bij ouderen met en zonder kwetsbaarheid of functionele beperkingen

Veel ouderen ontvangen een vorm van zorg en hulp en dit hangt sterk samen met hun lichamelijke gesteldheid. Uit gegevens van ander op LASA gebaseerd onderzoek blijkt dat iets meer dan de helft van alle zelfstandig wonende ouderen een vorm van hulp of zorg krijgt (Plaisier, van Tilburg & Deeg, 2011). Sommige ouderen krijgen echter helemaal geen hulp van bijvoorbeeld thuiszorg, mantelzorgers, of een particuliere hulp terwijl dat op grond van hun lichamelijke of psychische toestand wel nodig zou kunnen zijn. Weer anderen hebben wel hulp, terwijl dit gezien hun (fysieke) omstandigheden misschien niet hoeft. In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoeveel ouderen een vorm van AWBZ zorg of Wmo hulp ontvangen, en hoeveel ouderen met of zonder deze zorg of hulp kwetsbaar is of functionele beperkingen heeft (vraag 1). Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre kwetsbare of beperkte ouderen zonder AWBZ zorg (met en zonder AWBZ indicatie) gebruik maken van andere vormen van hulp zoals Wmo hulp of informele hulp door het netwerk of een particulier (deel van vraag 2 en 3). Hiervoor zijn alle ouderen van 65 jaar en ouder geselecteerd³ waarover gegevens van het meest recente hoofdinterview en medisch interview (LASA meting 2008-2009) beschikbaar zijn (n=1191). Van de 1191 ouderen in onze onderzoeksgroep zijn 170 (12,6%)⁴ ouderen kwetsbaar. Onder alleen zelfstandig wonende ouderen (n=1156) zijn 146 (11,2%) ouderen kwetsbaar. Daarnaast zijn er 283 (21,7%) ouderen met functionele beperkingen. Onder alleen zelfstandig wonende ouderen is dit aantal 254 (20,3 %).

Het zorggebruik onder ouderen uit het LASA onderzoek

In tabel 2.1 is te zien hoeveel ouderen van de verschillende vormen van zorg en hulp gebruik maken. **Er zijn in totaal 123 (10,3%) ouderen die een beroep op AWBZ zorg doen. Hiervan zijn 47 ouderen (35,4%) kwetsbaar en zijn 74 ouderen (58,3%) beperkt**, en 36 ouderen (31,3%) zijn kwetsbaar noch beperkt. Van de 123 ouderen die een AWBZ indicatie hebben of hebben aangevraagd, ontvangen 71 personen daadwerkelijk AWBZ zorg. Hiervan wonen 35 personen in een instelling en ontvangen 36 personen persoonlijke zorg thuis. Er zijn in totaal 9 personen die een aanvraag voor een AWBZ indicatie hebben ingediend maar die nog niet hebben gekregen. De overige 43 zelfstandig wonende ouderen hebben wel een AWBZ indicatie maar geen AWBZ zorg.

Het aantal ouderen dat gebruik maakt van Wmo-geïndiceerde hulp is veel groter; **445 (35,6%) van de 1156 zelfstandig wonende ouderen uit dit onderzoek hebben een vorm van Wmo hulp⁵**. Hierbij gaat het bij 70 ouderen alleen om huishoudelijke hulp en 355 personen hebben een voorziening al dan niet in combinatie met huishoudelijke hulp. **Van de 445 ouderen met een vorm van Wmo hulp zijn 109 ouderen (22,3%) kwetsbaar, hebben 205 ouderen (44,9%) een beperking** en zijn 200 ouderen (46,8%)

³ Ook in het SCP rapport 'Kwetsbare ouderen' (2011) is deze leeftijdsgrens gehanteerd.

⁴ Percentages zijn gewogen voor leeftijd en sekse.

⁵ Wmo is alleen van toepassing op zelfstandig wonende ouderen.

kwetsbaar noch beperkt. **Informele hulp wordt door 400 (34,8%) zelfstandig wonende ouderen ontvangen, vergelijkbaar met het percentage ouderen dat Wmo hulp ontvangt. Hieronder zijn 65 (14,1%) kwetsbare ouderen en 122 (11,2%) ouderen met een beperking.** Er zijn 255 (66,5%) ouderen zonder kwetsbaarheid en/of beperkingen die wel informele hulp uit het netwerk of van een particulier ontvangen. Onder alle ouderen met informele hulp hebben 223 ouderen een vorm van particuliere hulp, 177 personen hebben alleen mantelzorg uit het netwerk of van hun partner. Opvallend is dat zorg door alleen de partner weinig wordt gerapporteerd. Slechts 76 (6,6%) ouderen hebben aangegeven hulp van de partner te krijgen, al dan niet in combinatie met hulp uit netwerk of van particulier, terwijl 748 ouderen (65,7%) een partner in het huishouden heeft. Mogelijk is er sprake van onderrapportage van deze hulp omdat huishoudelijke hulp van de partner als vanzelfsprekend wordt beschouwd.

Wat betreft vraag 1 kunnen we concluderen dat van de drie onderzochte vormen van zorg AWBZ zorg het minst voorkomt, ongeveer een op de 10 ouderen van 65 jaar of ouderen heeft deze zorg. Wmo hulp en informele hulp worden ongeveer even vaak ingezet, een op de drie ouderen heeft deze vormen van zorg. Onder ouderen met AWBZ zorg is het percentage kwetsbare of beperkte ouderen het hoogst.

Tabel 2.1 Indicaties voor en gebruik van zorg en hulp bij ouderen (≥ 65 jaar, n=1191) *

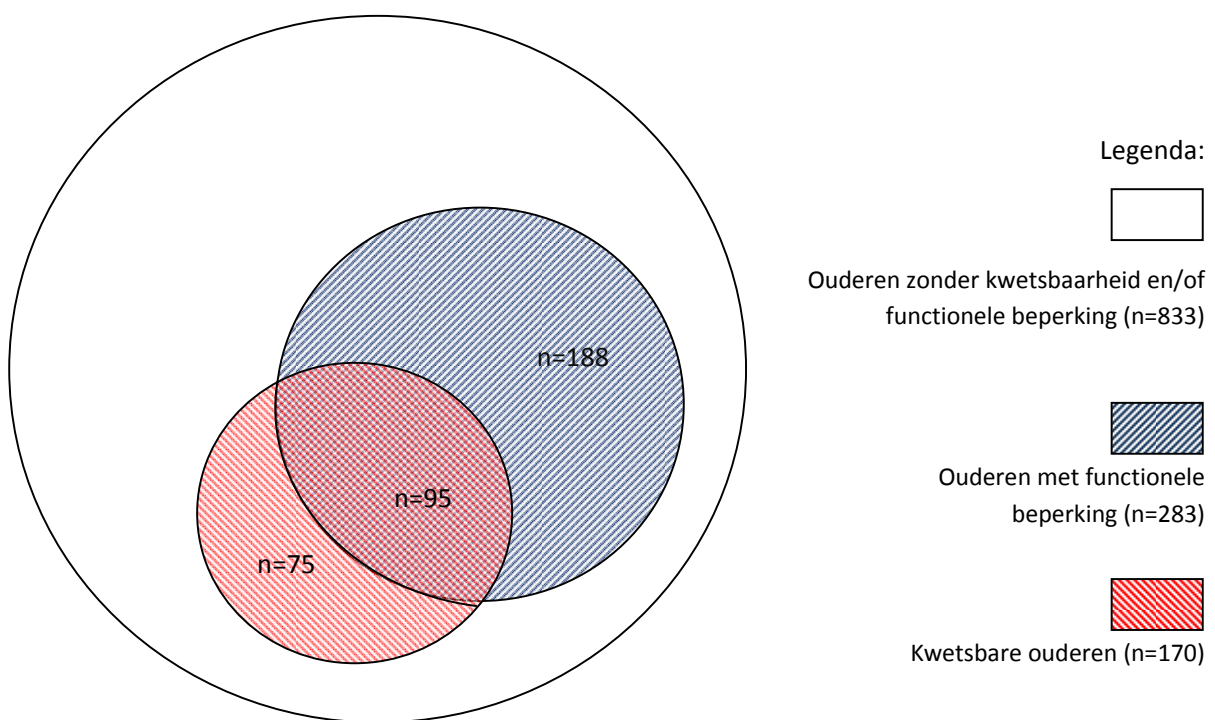
	Totaal		Kwetsbaar**		Beperkt**	
	%	n	%	N	%	n
AWBZ zorg	10,3	123	35,4	47	58,3	74
In verzorgings- of verpleeghuis	2,4	35	68,0	24	80,0	29
AWBZ indicatie en professionele persoonlijke zorg thuis	2,6	36	51,9	20	85,2	30
AWBZ indicatie, geen professionele persoonlijk zorg thuis	3,2	43	33,3	15	47,1	21
Indicatie aangevraagd, nog niet gekregen	0,7	9	33,3	4	50,0	5
Geen AWBZ indicatie, geen professionele persoonlijk zorg thuis	91,2	1068	9,1	107	17,3	198
TOTAAL	100,0	1191	12,6	170	21,7	283
Wmo hulp bij zelfstandig wonende ouderen (n=1156)	35,6	445	22,3	109	44,9	205
Alleen huishoudelijke hulp	5,8	70	18,6	14	13,6	9
Alleen voorziening	14,0	169	16,0	30	44,4	76
Huishoudelijke hulp en voorziening	14,0	186	31,5	62	63,6	120
Wmo hulp aangevraagd, (nog) niet gekregen	1,8	20	11,1	3	0,0	0
Geen Wmo hulp	64,4	711	5,0	37	6,7	49
TOTAAL	100,0	1156	11,2	146	20,3	254
Informele hulp bij zelfstandig wonende ouderen (n=1156)	34,8	400	14,1	65	11,2	122
Alleen van partner	4,2	48	6,8	4	13,6	6
Alleen uit netwerk (niet partner)	8,5	111	23,6	28	46,7	54
Alleen particuliere (betaalde) hulp	16,0	193	8,3	18	15,0	31
Partner en netwerk samen	1,5	18	25,0	5	62,5	12
Partner en particulier samen	0,6	7	16,7	1	42,9	3
Netwerk en particulier samen	1,3	20	28,6	8	64,3	14
Partner, netwerk en particulier	0,3	3	33,3	1	66,7	2
Geen informele hulp	65,2	756	9,8	81	16,3	132
TOTAAL	100,0	1156	11,2	146	20,3	254
Ouderen zonder enige vorm van hulp	45,6	508	5,0	26	5,9	30

*er zijn ongewogen aantallen en gewogen percentages gepresenteerd.

** de percentages in deze kolommen zijn horizontaal gepresenteerd, d.w.z. het zijn de (gewogen)percentages kwetsbare of beperkte ouderen in de groep met de gegeven zorgvorm. Leesvoorbeeld: 2,4% van alle ouderen (N = 35) heeft AWBZ-zorg in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Van deze 35 ouderen is 68% kwetsbaar (N = 24) en is 80% (N = 29) fysiek beperkt.

Vormen van hulp en zorg bij kwetsbare en beperkte ouderen

Er zijn in totaal 508 (45,6%) ouderen die geen enkele vorm van hulp of zorg ontvangen. Hieronder zijn 26 kwetsbare ouderen en 30 ouderen met een beperking. **Dit betekent dat ongeveer een op de vijf kwetsbare ouderen en een op de acht ouderen met een matige of ernstige beperking geen hulp of zorg heeft.** Een mogelijke verklaring voor het niet aanvragen of inzetten van zorg zou kunnen zijn dat niet alle kwetsbare mensen ook functionele beperkingen hebben, en niet alle mensen met beperkingen kwetsbaar hoeven zijn, waardoor zorg niet nodig is. Om meer zicht te hebben op het zorggebruik van mensen die wel beperkt zijn maar niet kwetsbaar, of die wel kwetsbaar zijn maar niet beperkt, is het zorggebruik in vier verschillende groepen bestudeerd: ouderen die niet beperkt of kwetsbaar zijn (n=833, 72,4%), ouderen die alleen kwetsbaar zijn (n= 75, 5,9%), ouderen die alleen beperkt zijn (n=188, 15,1%), en ouderen die zowel kwetsbaar als beperkt zijn (n=95, 6,6%) (zie Figuur 2.1). Van de ouderen met functionele beperkingen is ongeveer een op de drie ook kwetsbaar. Andersom is bij de kwetsbare ouderen ruim de helft ook functioneel beperkt.



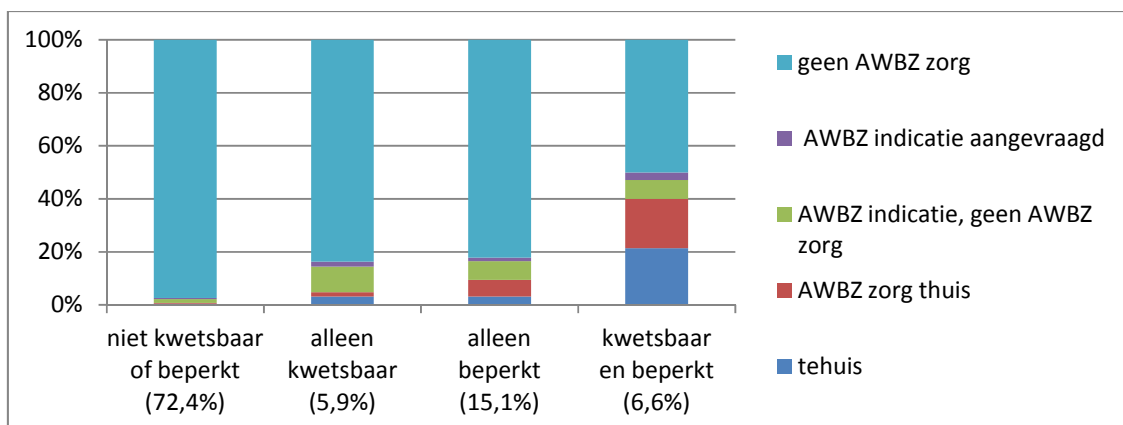
Figuur 2.1 Kwetsbare en functioneel beperkte ouderen in het LASA onderzoek (n=1191)

In Figuur 2.1 t/m Figuur 2.3 zijn achtereenvolgens het AWBZ zorggebruik, de Wmo hulp, en informele hulp in deze vier groepen weergegeven. Hieruit wordt duidelijk dat AWBZ zorg in een instelling of aan huis vooral wordt ingezet bij ouderen die zowel beperkingen als kwetsbaarheid hebben. Ook valt op dat bijna de helft van de ouderen die zowel kwetsbaar als beperkt zijn geen AWBZ indicatie of AWBZ zorg heeft. Of deze ouderen dan wel een andere vorm van zorg ontvangen zal in hoofdstuk 3 nader worden onderzocht. Bij ouderen met alleen een beperking of die alleen kwetsbaar zijn is veel minder vaak sprake van AWBZ zorg dan bij ouderen die zowel kwetsbaar als beperkt zijn. Een deel van de ouderen heeft een indicatie zonder dat zorg is ingezet. Bij ouderen met alleen functionele beperkingen is dit 7,0% en bij ouderen die alleen kwetsbaar zijn 9,5%. Opvallend is dat bij deze laatste groep er relatief vaak sprake is van een indicatie zonder ingezette zorg en er bijna nooit (1,6%) professionele persoonlijke zorg aan huis. Mogelijk staan deze ouderen op een wachtlijst voor een zorginstelling, zonder dat er direct persoonlijke zorg nodig is. Bij ouderen met alleen functionele beperkingen is het percentage dat persoonlijke zorg thuis ontvangt ongeveer gelijk aan het percentage met AWBZ indicatie zonder zorg thuis: 6,3% heeft professionele persoonlijke zorg aan huis (en 7,0% wel een indicatie maar geen professionele persoonlijke zorg).

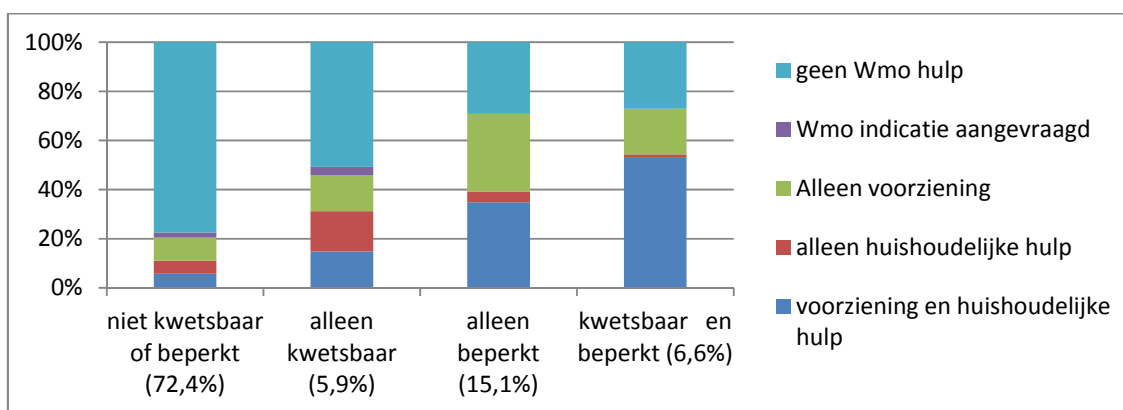
Ook voor Wmo hulp is onderzocht of de combinatie van kwetsbaarheid en het hebben van een beperking verschillen laten zien in het inzetten van hulp. Uit Figuur 2.2 blijkt dat tweederde van de ouderen die zowel beperkt als kwetsbaar zijn gebruik maken van een vorm van Wmo hulp. In veel gevallen gaat het dan om een combinatie van een voorziening en huishoudelijk hulp. Ouderen die alleen kwetsbaar zijn krijgen iets minder vaak Wmo hulp dan ouderen met een beperking. Een op de vijf ouderen die niet beperkt of kwetsbaar zijn, krijgen wel Wmo hulp. Informele hulp lijkt duidelijk minder samen te hangen met kwetsbaarheid of beperkingen van ouderen (Figuur 2.3). Bijna een op de drie ouderen zonder kwetsbaarheid of beperkingen ontvangt een vorm van informele hulp, waarbij het vaak gaat om particuliere hulp. Ouderen met zowel kwetsbaarheid als beperkingen lijken wel iets vaker informele hulp te ontvangen dan de andere groepen ouderen.

Samenvatting: zorg en hulp bij kwetsbare en beperkte ouderen

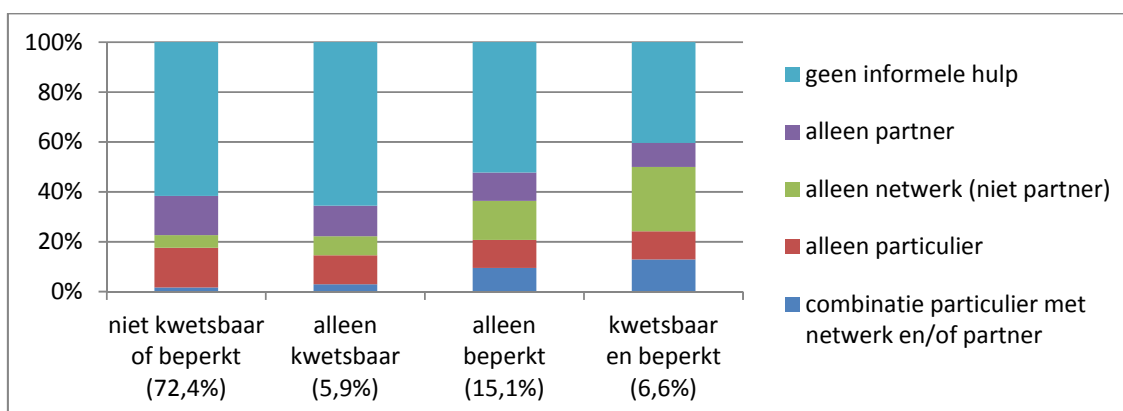
- Van de ouderen uit de onderzoeksgroep heeft **een op de tien een indicatie (aangevraagd) voor AWBZ zorg en zes van de tien gebruikt deze ook. Een op de drie ouderen heeft hulp uit de Wmo.** Ook heeft een op de drie ouderen informele hulp uit het eigen netwerk of van een particulier betaalde kracht (vraag 1).
- Het percentage kwetsbare en beperkte ouderen is het hoogst onder ouderen die AWBZ zorg ontvangen: **Een op de drie ouderen met AWBZ zorg is kwetsbaar en meer dan de helft heeft een fysieke beperking. Van de ouderen met Wmo hulp is een op de vijf kwetsbaar en iets minder dan de helft beperkt. Onder ouderen met informele hulp is een op de acht kwetsbaar, en heeft iets meer dan een op de tien een fysieke beperking.** (vraag 1)



Figuur 2.1 AWBZ zorggebruik bij wel of niet kwetsbare en beperkte ouderen (n=1191)



Figuur 2.2 Wmo hulp bij wel of niet kwetsbare en beperkte zelfstandig wonende ouderen (n=1154)



Figuur 2.3 Informele hulp bij wel of niet kwetsbare en beperkte zelfstandig wonende ouderen (n=1154)

- **Ouderen die kwetsbaar én beperkt zijn krijgen vaker AWBZ zorg, Wmo hulp of informele hulp** dan ouderen die alleen kwetsbaar of alleen beperkt zijn, wat past bij de verwachting dat deze groep de meeste zorg nodig heeft.
- **Van de ouderen die niet kwetsbaar noch beperkt zijn ontvangt niemand AWBZ zorg, en slechts een klein percentage ontvangt Wmo hulp.** Dit wijst op een gering aantal mensen dat aanspraak op zorg doet zonder dat dit door kwetsbaarheid of fysieke beperkingen is geïndiceerd. Mogelijk ligt de aanleiding voor zorggebruik in deze groep buiten de fysieke gezondheidstoestand of is de gezondheidstoestand na zorggebruik verbeterd (zie ook hoofdstuk 3). **Informele hulp wordt door ruim een op de drie in deze groep ontvangen,** nauwelijks minder dan bij ouderen met beperkingen of kwetsbaarheid. Het gaat dan vooral op particuliere hulp en hulp van de partner.
- Ouderen die zorg of hulp uit AWBZ of Wmo ontvangen lijken dit op grond van hun kwetsbaarheid of beperkingen ook nodig te hebben. Er is echter ook een groep ouderen die op grond van hun kwetsbaarheid of beperkingen geïndiceerd zouden zijn voor zorg, maar dit niet hebben. **Een op de vijf kwetsbare ouderen, en een op de acht ouderen met een beperking krijgt geen enkele vorm van AWBZ zorg, Wmo hulp en/of informele hulp (vraag 2).** Of er bij deze groepen sprake is van onderbenutting van de zorg hangt ook af van andere factoren, zoals sociale en individuele kenmerken, en zal in het volgende hoofdstuk aan de orde komen.

3. Ouderen met en zonder AWBZ indicatie: combinaties met andere zorgvormen, kwetsbaarheid, sociale omstandigheden en persoonlijke kenmerken

In het voorgaande hoofdstuk is inzicht gegeven in het gebruik van verschillende vormen van zorg bij kwetsbare en/of beperkte ouderen. In dit hoofdstuk wordt verder onderzocht of er sprake is van onder- of overbenutting van zorg bij ouderen. Er wordt nagegaan in hoeverre kwetsbare en/of beperkte ouderen die geen AWBZ indicatie hebben, of een indicatie hebben maar daar geen gebruik van maken, andere vormen van zorg inzetten, zoals hulp uit Wmo, van een particulier of uit het netwerk (deel van vraag 2 en 3). Vervolgens zullen we ook de kenmerken van ouderen die geen indicatie hebben of deze niet gebruiken versus ouderen wel (AWBZ) zorg en hulp gebruiken onderzoeken. Hierbij gaat het om sekse, leeftijd, opleidingsniveau, lichamelijke ziekten en psychische kwetsbaarheid (gemeten door depressieve symptomen en ervaren regie), en sociale kwetsbaarheid gekenmerkt door partnerstatus, netwerkvang, en het hebben van informele hulp (vraag 4).

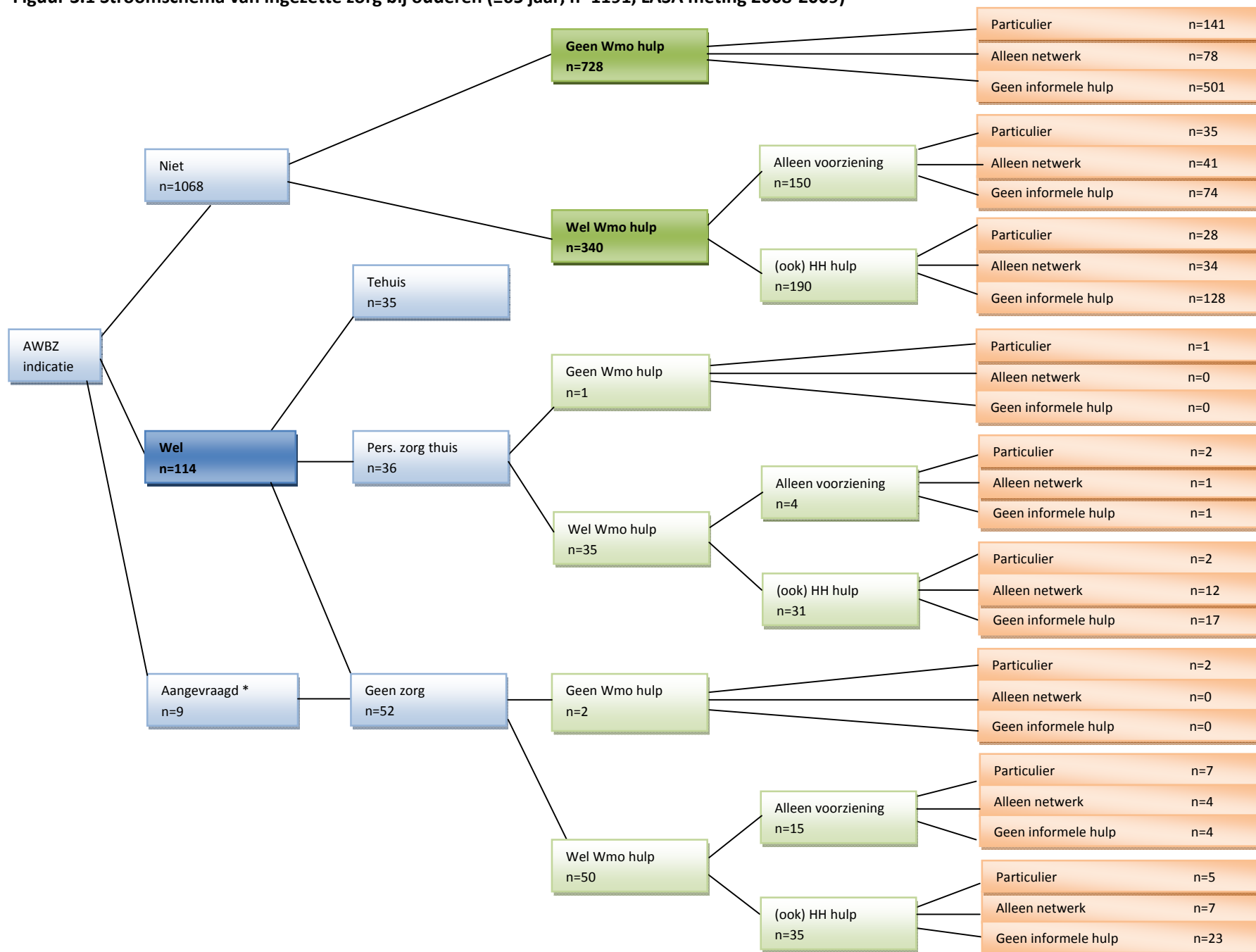
Combinaties van AWBZ zorg, Wmo hulp en informele hulp bij ouderen

Om inzicht te krijgen in de mate waarin ouderen die geen AWBZ indicatie hebben, of wel een indicatie maar geen AWBZ zorg, gebruik maken van andere vormen van zorg, zoals Wmo hulp, particuliere hulp of hulp uit het eigen netwerk, is een stroomdiagram gemaakt van de onderzoeksgroep en de verschillende zorgvormen die worden ingezet (Figuur 3.1)⁶. Uit dit schema valt op te maken dat van de mensen die geen AWBZ indicatie hebben, ongeveer een op de drie wel Wmo hulp heeft (n=306). Van de ouderen zonder AWBZ indicatie die geen Wmo hulp hebben (726 ouderen) heeft tweederde (n = 508) evenmin informele hulp.

Uit het stroomdiagram (figuur 2.1) blijkt ook dat bij de groep met AWBZ indicatie of aangevraagde indicatie (n=159) er meestal ook sprake is van Wmo hulp. **Opvallend is dat 52 van de 123 ouderen die een indicatie voor AWBZ zorg hebben (aangevraagd), geen AWBZ zorg rapporteert, maar in vrijwel alle gevallen hebben zij wel een vorm van Wmo hulp.** Van deze ouderen waren er 2 die geen Wmo hulp hebben, maar deze hebben allebei wel een particuliere hulp. Nadere analyse onder deze 52 personen met AWBZ indicatie maar zonder professionele persoonlijke zorg toont aan dat het bij in totaal 30 personen (57%) gaat om een indicatie voor (tijdelijk) verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Dit ondersteunt de gedachte dat het hier in veel gevallen gaat om ouderen die op een wachtlijst staan. Ook kan het gaan om ouderen die een indicatie (voor verblijf of persoonlijk zorg) hebben maar deze pas verzilveren als er echt geen andere oplossing meer is.

⁶ Voor dit diagram zijn een aantal categorieën van Wmo hulp en informele hulp samengevoegd. Bij Wmo hulp zijn 'hulp aangevraagd (nog) niet gekregen' en 'geen hulp' samengevoegd, evenals 'alleen huishoudelijke hulp' en 'Huishoudelijke hulp en voorziening'. Bij informele hulp zijn alle categorieën waarbij sprake is van particuliere hulp samengevoegd, en vervolgens de categorieën waarin alleen sprake is van hulp uit het netwerk of van de partner.

Figuur 3.1 Stroomschema van ingezette zorg bij ouderen (≥65 jaar, n=1191, LASA meting 2008-2009)



Combinaties van AWBZ zorg en Wmo hulp bij kwetsbare en/of beperkte ouderenouderen

Om antwoord te krijgen op de vraag in hoeverre ouderen met verschillende combinaties van zorg kwetsbaar en/of beperkt zijn, hebben we drie verschillende combinaties van AWBZ zorg en Wmo hulp onderscheiden: (1) zelfstandig wonende ouderen zonder AWBZ indicatie en zonder Wmo hulp, (2) zelfstandig wonende ouderen zonder AWBZ indicatie maar met Wmo hulp en (3) zelfstandige wonende ouderen met een AWBZ indicatie (met en zonder Wmo hulp). In tabel 3.1 is weergegeven hoeveel ouderen in deze verschillende zorgcombinatie groepen kwetsbaar en/of beperkt zijn. **Hieruit blijkt dat er een aanzienlijk aantal ouderen is dat niet kwetsbaar of beperkt is maar toch Wmo hulp en/of AWBZ zorg heeft:** in totaal 185 van de 829 niet kwetsbare ouderen. Van de groep ouderen die alleen kwetsbaar is heeft de helft (37 van 73 personen) een vorm van AWBZ zorg of Wmo hulp. Bij mensen met alleen een beperking hebben drie van de vier een vorm van AWBZ zorg of Wmo hulp (137 van 181 personen). **Bij ouderen met zowel kwetsbaarheid als een beperking heeft vrijwel iedereen een vorm van AWBZ zorg of Wmo hulp (vraag 2).** Uit het stroomdiagram (Figuur 3.1) blijkt dat een deel van de kwetsbare ouderen zonder AWBZ zorg of Wmo hulp wel informele hulp krijgt. Nadere analyse laat zien dat er in totaal 65 ouderen die beperkt en/of kwetsbaar zijn, die geen AWBZ zorg, Wmo hulp of informele hulp hebben, waarvan 1 persoon een zowel kwetsbaar als beperkt is.

Tabel 3.1. Verschillende vormen van AWBZ zorg en Wmo hulp combinaties en kwetsbaarheid bij zelfstandig wonende ouderen (n=1156)*

	Geen AWBZ /geen Wmo (n= 728)	Geen AWBZ/wel Wmo (n=340)	Wel AWBZ (n=88)
Kwetsbaarheid:			
Niet (n=829)	88,7 % (n= 644)	49,8 % (n=165)	25,0 % (n=20)
Alleen kwetsbaar (n=73)	4,7 % (n=36)	6,8 % (n=25)	13,2 % (n=12)
Alleen beperkt (n=181)	5,9 % (n=44)	32,0 % (n=108)	33,8 % (n=29)
Kwetsbaar en beperkt (n=73)	0,6 % (n=4)	11,4 % (n=42)	27,9 % (n=27)

* ongewogen aantallen, gewogen percentages.

Kenmerken van kwetsbare en/of beperkte ouderen met verschillende combinaties van zorg

Om meer inzicht te krijgen in welke kwetsbare en/of beperkte ouderen een bepaalde combinatie van zorg ontvangen, is onderzocht welke kenmerken deze ouderen hebben en of deze in de verschillende zorgcombinaties verschillen. De onderzochte kenmerken zijn leeftijd, sekse, opleidingsniveau, het hebben van een partner, de grootte van het sociaal netwerk, het hebben van een particuliere hulp, het ontbreken van informele hulp (dus niet van mantelzorgers uit netwerk of van de partner), het aantal chronische ziekten, subjectieve gezondheid (scorebereik van 1 'zeer goed' tot 5 'slecht'), ervaren regie (mastery schaal, scorebereik 5 (=laag) tot 35 (=hoog)), depressieve symptomen (scorebereik van 0 (=geen symptomen) tot 60), de regio en urbanisatiegraad van de woonomgeving van de oudere. Verschillen in deze kenmerken in de groepen ouderen met de eerder omschreven zorgcombinaties

Tabel 3.2 Kenmerken van kwetsbare en/of beperkte ouderen met verschillende combinaties van AWBZ zorg en Wmo hulp (n= 327)¹

	Geen AWBZ, geen Wmo (n=84)	Geen AWBZ, wel Wmo (n=175)	Wel AWBZ (n=68)	Totaal (n=327)
Leeftijd**	73,9 (±5,6)	79,8 (±7,7)	82,1 (±6,7)	78,6(±7,6)
Sekse (% vrouw)	61,8 (52)	73,8 (129)	70,6 (46)	69,8 (227)
Opleidingsniveau*:				
Laag	25,3 (22)	45,8 (82)	51,0(32)	41,0 (136)
Midden	65,3(54)	43,7(74)	41,2 (31)	49,2 (159)
Hoog	9,3 (8)	10,6 (19)	7,8 (5)	9,8 (32)
Partner (% ja)**	73,7(61)	44,7(74)	39,2(24)	51,9 (159)
Netwerkomvang	14,6(±8,3)	13,9 (±8,4)	11,8 (±6,2)	13,8 (±8,0)
Particuliere hulp	19,7 (17)	17,0 (31)	19,6 (14)	17,9 (62)
Geen informele hulp	67,1 (55)	64,6 (94)	49,0 (33)	57,5 (182)
Aantal chronische ziekten**	1,6 (±1,2)	2,0 (±1,2)	2,5 (± 1,3)	2,0 (±1,3)
Subjectieve gezondheid*	2,7 (±0,9)	3,0 (±1,0)	3,0 (±1,0)	2,9 (±0,9)
Depressie**	8,1 (±5,2)	11,3(±7,8)	13,0(±9,0)	10,7 (±7,6)
Ervaren regie *	23,3 (±3,4)	22,3 (±4,0)	21,6 (±3,7)	22,4 (±3,8)
Tevredenheid met zorg	2,9 (0,4)	2,7 (0,4)	2,7 (0,6)	2,8 (0,5)
Regio:				
West	40,0 (34)	41,4 (73)	36,3 (25)	39,7 (132)
Zuid	22,7 (19)	19,9 (35)	27,5 (18)	21,1 (72)
Noordoost	32,0 (27)	32,6 (56)	29,4 (20)	31,8 (103)
Andere regio	5,3 (4)	6,4 (11)	7,8 (5)	6,4 (20)
Urbanisatiegraad:				
Hoog	46,7 (39)	47,9 (84)	46,0 (33)	47,2 (156)
Midden	30,7 (25)	40,1 (69)	40,0 (25)	37,5 (119)
Laag	22,7 (20)	12,0 (22)	14,0 (10)	15,4 (52)

1. ongewogen aantallen, gewogen percentages en gemiddelden. Verschillen in continue variabelen zijn gepresenteerd in gem.(SD), bij categorale variabelen in %(n).

* p<0,05; ** p<,001

(Geen AWBZ/geen Wmo; Geen AWBZ, wel Wmo en Wel AWBZ) zijn (gewogen) getoetst met behulp van ANOVA, waarbij verschillen tussen groepen onderling zijn geanalyseerd aan de hand van Post Hoc Bonferoni tests. In Tabel 3.2 zijn de resultaten weergegeven.

Er zijn in totaal 327 ouderen die kwetsbaar, beperkt of allebei zijn. Kwetsbare en/of beperkte ouderen zonder AWBZ zorg of Wmo hulp zijn gemiddeld jonger dan kwetsbare en/of beperkte ouderen met Wmo hulp en/of AWBZ zorg. De verschillen in de gemiddelde leeftijd tussen alle drie groepen was statistisch significant (p<,001). Gemiddeld is de groep met alleen Wmo hulp 5,8 jaar ouder dan de groep zonder AWBZ zorg of Wmo hulp, en de groep die wel AWBZ zorg ontvangt is gemiddeld 8,1 jaar ouder. Er werden geen sekseverschillen in de drie groepen gevonden, wel was er verschil in het opleidingsniveau (p<,05), waarbij de groep die geen AWBZ zorg en/of Wmo hulp krijgt een hoger opleidingsniveau heeft dan de groep met AWBZ zorg.

Van de sociale factoren bleken de kwetsbare/en of beperkte ouderen in de drie groepen zorgcombinaties te verschillen voor partnerstatus ($p < ,001$). Bijna drie van de vier kwetsbare en/of beperkte ouderen zonder AWBZ zorg of Wmo hulp heeft een partner, terwijl dit bij deze ouderen met Wmo hulp of met AWBZ zorg (ruim) minder dan de helft is. **De verschillen in netwerkomsvang waren statistisch niet significant. Ook werden geen verschillen gevonden in het hebben van particuliere hulp of informele hulp uit het netwerk.**

Wat betreft fysieke gezondheid is er een verschil in het aantal chronische ziekten bij de kwetsbare en/of beperkte ouderen met de verschillende zorgcombinaties. De groep zonder AWBZ zorg of Wmo hulp heeft minder chronische aandoeningen dan de groep zonder AWBZ zorg maar met Wmo ($p < ,05$) en de groep met AWBZ zorg ($p < ,001$). Het verschil tussen de deze twee laatste groepen was niet statistisch significant. De subjectieve gezondheid verschilde ook in de drie groepen ($p < ,05$), vooral gedreven door een betere subjectieve gezondheid in de groep zonder AWBZ zorg en of Wmo hulp versus de groepen met Wmo hulp of AWBZ zorg.

Er was ook een duidelijk verschil in de mate van depressieve symptomen in de drie verschillende groepen zorgcombinaties, waarbij kwetsbare en/of beperkte ouderen zonder AWBZ zorg of Wmo hulp de laagste, en die met AWBZ zorg de hoogste scores hadden ($p < ,001$). Er waren geen verschillen in de tevredenheid met de zorg bij de verschillende zorgcombinaties, en evenmin spelen regio of urbanisatiegraad van de woonomgeving van ouderen een rol.

Niet kwetsbare en/of beperkte ouderen met zorg en hulp uit AWBZ of Wmo

Er is een groep ouderen die volgens onze definitie niet kwetsbaar of beperkt is, maar toch professionele zorg of hulp uit AWBZ of Wmo hulp ontvangt. Dit zijn in totaal 187 van de 1191 ouderen in onze onderzoeksgroep. Mogelijk hebben deze ouderen kenmerken die overeenkomen met de ouderen die wel als kwetsbaar en/of beperkt zijn aangemerkt. Daarom hebben we deze groep in een analyse vergeleken met wel kwetsbare en/of beperkte ouderen met professionele zorg ($n=243$) en ouderen zonder zorg (ongeacht hun kwetsbaarheid of beperkingen). Resultaten zijn gepresenteerd in Tabel 3.3. Vergeleken met ouderen met AWBZ zorg of Wmo hulp met kwetsbaarheid en/of beperkingen zijn de niet kwetsbare/en of beperkte ouderen met zorg uit AWBZ of Wmo jonger en hoger opgeleid en hebben zij minder chronische ziekten, een betere subjectieve gezondheid en minder depressieve symptomen (alle p -waarden $< ,001$). Er werd ook een verschil gevonden in het hebben van informele hulp: de groep niet kwetsbare en/of beperkte ouderen hebben naast de zorg uit AWBZ of Wmo minder vaak informele hulp dan de mensen die wel beperkt en/of kwetsbaar zijn ($p < ,05$). Daarnaast lijken de niet kwetsbare en/of beperkte ouderen wat grotere sociale netwerken te hebben, iets hoger te scoren op de mate van ervaren regio, en iets meer tevreden te zijn over de ontvangen zorg (p waarden $< 0,10$). **Ouderen die niet kwetsbaar en/of beperkt zijn en die wel zorg ontvangen uit AWBZ of Wmo zijn over het algemeen dus lichamelijk gezonder, minder depressief en hoger opgeleid dan ouderen met AWBZ zorg en/of Wmo hulp die wel kwetsbaar en/of beperkt zijn, maar zij hebben minder vaak informele hulp.** Er werden geen verschillen tussen gevonden in sekse, partnerstatus, het hebben van particuliere hulp en verschillen in woonomgeving tussen ouderen wel en niet kwetsbare/beperkte ouderen met zorg. Als we

Tabel 3.3 Verschillen tussen wel en niet kwetsbare en/of beperkte ouderen met zorg uit AWBZ of Wmo en ouderen zonder zorg (n= 1156)¹

		Ouderen met zorg n=430		Ouderen zonder zorg n= 726
		Niet kwetsbaar en/of beperkt n= 187	Kwetsbaar en/of beperkt n=243	
Leeftijd**		76,9 (±6,2)	80,4(±7,5)	72,0 (±5,2)
Sekse (% vrouw)		63,3 (116)	72,9 (175)	47,5(348)
Opleidingsniveau:				
	Laag	26,4 (50)	47,4 (114)	18,5 (136)
	Midden	57,9(109)	42,7 (105)	58,6 (427)
	Hoog	15,7 (28)	9,9(24)	22,9 (163)
Partner (% ja)		47,8(98)	43,2 (88)	78,3 (562)
Netwerkomvang		15,7(±9,1)	13,4 (±7,9)	17,5 (±10,1)
Particuliere hulp		20,3 (38)	17,2(45)	18,6 (140)
Geen informele hulp		65,2 (121)	53,6 (127)	71,0 (508)
Aantal chronische ziekten		1,7 (±1,0)	2,1 (±1,3)	1,2 (±1,0)
Subjectieve gezondheid		2,4 (±0,8)	3,0 (±0,8)	2,2 (±0,8)
Depressie		8,3 (±6,1)	11,8 (±8,1)	6,3 (±5,8)
Ervaren regie		23,2 (±4,0)	22,1 (±3,9)	24,6 (±3,7)
Tevredenheid met zorg		2,8 (±0,4)	2,7 (±0,5)	2,9 (±0,3)
Regio:				
	West	44,9 (84)	39,6 (98)	38,9 (284)
	Zuid	19,6 (37)	21,9 (53)	22,9 (167)
	Noordoost	32,3 (60)	31,8 (76)	32,8 (237)
	Andere regio	3,2(6)	6,8 (16)	5,3 (38)
Urbanisatiegraad:				
	Hoog	44,0 (83)	47,4 (117)	39,2 (286)
	Midden	39,6 (74)	40,1 (94)	40,6 (291)
	Laag	16,4(30)	12,5 (32)	20,2 (149)

1. ongewogen aantallen, gewogen percentages en gemiddelden. Verschillen in continue variabelen zijn gepresenteerd in gem.(SD), bij categorale variabelen in %(n).

de resultaten van de niet kwetsbare en/of beperkte ouderen met zorg vergelijken met die van ouderen zonder AWBZ zorg of Wmo hulp (kolom 3 uit tabel 3.3), waren er verschillen in leeftijd, sekse, opleidingsniveau, partnerstatus, subjectieve gezondheid, depressieve kenmerken, ervaren regie en tevredenheid met zorg (alle p waarden <,01). De groep niet kwetsbare en/of beperkte ouderen met zorg heeft meer gezondheidsproblemen dan de groep zonder zorg, en is ook ouder, vaker vrouw, lager opgeleid en vaker alleenstaand dan ouderen zonder zorg. Men voldoet blijkbaar niet aan de criteria voor kwetsbaarheid en beperkingen, maar rapporteert toch gezondheidsproblemen waarvoor geïndiceerde zorg nodig is. Nadere analyse laat zien dat deze groep lichtere zorgvormen gebruikt dan de ouderen die wel kwetsbaar/beperkt zijn. Zij hebben minder vaak AWBZ zorg (12,6% tegen 26,1 % onder

kwetsbaar/beperkte ouderen). Ook is er vaker sprake van alleen (Wmo) huishoudelijke hulp (25,1 % tegen 8,0 % bij kwetsbaar/beperkte ouderen) of alleen een (Wmo) voorziening (42,9% tegen 31,8 % onder kwetsbaar/beperkte ouderen) terwijl bij kwetsbaar en/of beperkte ouderen de combinatie van een voorziening en huishoudelijke hulp vaker voorkomt (48,5% tegen 27,7 % bij niet kwetsbaar/beperkte ouderen).

Tabel 3.4 Kenmerken van ouderen met AWBZ indicatie (N=123) die wel en geen AWBZ zorg ontvangen

		AWBZ indicatie, geen zorg (n= 52)	Wel AWBZ zorg (n=71)
Leeftijd (gem.(SD))*		80,1 (±7,3)	84,1 (±6,3)
Sekse (% vrouw)		70,7 (34)	71,2 (50)
Opleidingsniveau(%):	Laag	35,0 (17)	53,8 (36)
	Midden	47,5 (26)	36,5 (28)
	Hoog	17,5 (9)	19,6 (7)
Partner (% ja)*		45,0 (22)	21,2 (14)
Netwerkomvang(gem.(SD))*		14,7 (±7,0)	11,1 (±7,8)
Wmo hulp %*		65,9 (35)	45,3 (31)
Wmo voorziening %*		78,0 (42)	48,1 (34)
Particuliere hulp %*		26,8 (14)	7,7 (6)
Geen informele hulp %*		52,5 (27)	26,9 (18)
Kwetsbaar %*		34,1 (19)	59,6 (44)
Beperkt %**		47,5 (26)	82,7 (59)
Aantal chronische ziekten(gem.(SD))**		1,8 (±1,0)	2,9 (± 1,5)
Subjectieve gezondheid (gem.(SD))		2,7 (±1,0)	3,1 (±1,0)
Depressie(gem.(SD))		10,7(±8,8)	13,9(±9,0)
Ervaren regie (gem.(SD))		22,6 (±4,2)	22,0 (±3,5)
Tevredenheid met zorg (gem.(SD))		2,8 (0,6)	2,7 (0,6)
Regio(%):			
	West	37,5 (22)	43,4 (31)
	Zuid	30,0 (14)	20,8 (15)
	Noordoost	25,0 (12)	32,1 (23)
	Andere regio	7,5 (4)	3,8 (2)
Urbanisatiegraad(%):			
	Hoog	17,5 (22)	13,5 (28)
	Midden	42,5 (20)	50,5 (34)
	Laag	40,0 (10)	36,0 (9)

1. ongewogen aantallen, gewogen percentages en gemiddelden. Verschillen in continue variabelen zijn gepresenteerd in gem.(SD), bij categorale variabelen in %(n).

Sociale en individuele kenmerken van ouderen die hun AWBZ indicatie wel en niet inzetten

Om verder inzicht te krijgen welke sociale en individuele kenmerken ouderen hebben die een AWBZ indicatie hebben maar deze niet gebruiken zijn de kenmerken van deze groep vergeleken met de kenmerken van ouderen die een AWBZ indicatie hebben en deze ook gebruiken (vraag 4 b en c). In tabel

3.4 zijn hiervan de resultaten gepresenteerd. Hieruit wordt duidelijk dat de mensen die een AWBZ indicatie hebben en deze ook gebruiken verschillen van de ouderen die deze indicatie niet gebruiken wat betreft hun fysieke situatie, maar ook in de beschikbare hulpbronnen. Ouderen met een AWBZ indicatie en AWBZ zorg zijn ouder, hebben meer chronische ziekten, zijn vaker kwetsbaar maar hebben vooral vaker beperkingen dan ouderen met een AWBZ indicatie zonder AWBZ zorg. Daarnaast hebben zij kleinere sociale netwerken, minder vaak particuliere hulp of hulp uit het netwerk, en zijn zij vaker alleenstaand dan ouderen die de indicatie niet inzetten. Ook hebben ouderen die wel een AWBZ indicatie hebben maar geen AWBZ zorg vaker wel een vorm van Wmo hulp. Mogelijk is de urgentie voor de AWBZ zorg minder groot dan bij de ouderen die de indicatie wel gebruiken, en hebben deze ouderen nog voldoende alternatieve hulpbronnen om AWBZ zorg (nog) niet in te zetten of uit te stellen.

Samenvatting : kenmerken van wel en niet kwetsbare en/of beperkte ouderen met verschillende combinaties van zorg

- **Van de ouderen die wel een AWBZ indicatie hebben maar geen AWBZ zorg (n=52), heeft iedereen Wmo hulp of particuliere zorg** (vraag 3). Bij meer dan de helft van deze groep gaat het om een indicatie voor verblijf, en staan deze ouderen mogelijk op een wachtlijst voor zorg. Ook kan het zijn dat een deel van de ouderen de indicatie nog niet inzet, maar al heeft aangevraagd in verband met een te verwachten achteruitgang van de situatie.
- Hoewel er ouderen zijn die alleen kwetsbaar of alleen beperkt zijn en geen zorg of hulp uit AWBZ of Wmo ontvangen, **hebben vrijwel alle ouderen die zowel kwetsbaar als beperkt zijn een vorm van AWBZ zorg, Wmo hulp of informele hulp** (vraag 2).
- **Kwetsbare en/of beperkte ouderen die geen zorg uit AWBZ of Wmo aanvragen/ontvangen zijn jonger, lichamelijk en psychisch gezonder, meer zelfredzaam en hebben vaker een partner dan beperkte en/of kwetsbare ouderen die wel zorg uit AWBZ of Wmo ontvangen** (vraag 4a). Ouderen die niet kwetsbaar en/of beperkt zijn en die wel zorg ontvangen uit AWBZ of Wmo lijken een minder goede fysieke en psychische gezondheid te hebben dan niet kwetsbare ouderen die geen zorg uit AWBZ of Wmo hebben. Zij hebben echter minder vaak informele zorg. Bovendien zijn de niet kwetsbaar en/of beperkte ouderen met zorg net als de wel kwetsbare en/of beperkte ouderen met zorg vaker alleenstaand. Er is daarbij sprake van lichte vormen van geïndiceerde zorg, zoals voorzieningen of huishoudelijke hulp.
- **Ouderen die een AWBZ indicatie hebben en deze ook gebruiken hebben meer gezondheidsproblemen en minder alternatieve hulpbronnen voor zorg (partner, netwerk, particuliere hulp en Wmo hulp) dan de ouderen met AWBZ indicatie die deze (nog) niet inzetten** (vraag 4 b en c). Mogelijk hebben ouderen die hun AWBZ indicatie niet inzetten een minder urgente zorgvraag.
- Deze resultaten laten zien dat **degenen met geïndiceerde zorg deze ook daadwerkelijk nodig hebben**. Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor overconsumptie van de zorg, maar ook onderbenutting van de zorg lijkt niet op grote schaal voor te komen. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de onderzoeksgroep een relatief gezonde en zelfredzame groep ouderen representeert; de meest kwetsbare en zorgbehoevende ouderen worden mogelijk over het

hoofd gezien, waardoor het probleem van onderbenutting van de zorg mogelijk wordt onderschat.

4. De samenhang tussen ontwikkelingen in sociale en particuliere hulpbronnen en de ontwikkeling van het zorggebruik bij (kwetsbare) ouderen

In dit deel van het rapport wordt met behulp van de LASA-waarnemingen in 2001/02, 2005/06 en 2008/09 onderzocht in hoeverre ontwikkelingen in sociale en particuliere hulpbronnen van ouderen samenhangt met het gebruik van professionele zorg. Zoals uit de voorgaande hoofdstukken blijkt, is het hebben van een partner een factor die sterk samenhangt met het gebruik van professionele zorg uit AWBZ of Wmo. Een krimpend netwerk, het verminderen van informele hulp en het verlies van een partner kan het gebruik van professionele zorgvormen doen toenemen. Hierbij dient ook aandacht te worden besteed aan de inzet van particuliere hulp, die mogelijk ook een rol speelt bij het wel of niet inzetten van professionele zorg uit AWBZ of Wmo. De onderzoeksvraag van dit hoofdstuk luidt: In hoeverre is er bij kwetsbare ouderen sprake van een samenhang in de ontwikkelingen in sociale relaties en het gebruik van informele en particuliere zorg enerzijds en de ontwikkelingen in het gebruik van professionele zorg anderzijds? Om deze vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een analysetechniek waarbij de longitudinale ontwikkelingen in de onafhankelijke variabelen (netwerk omvang, partnerstatus, informele en particuliere zorg) onderzocht worden op hun samenhang met ontwikkelingen in de afhankelijke variabele (gebruik van professionele zorg in uren). Een toename in professionele zorg zal naar verwachting samenhangen met bijvoorbeeld een afname in informele zorg

Methode van onderzoek naar ontwikkelingen van het zorggebruik

Om te onderzoeken in hoeverre ontwikkelingen in het sociaal netwerk samenhangen met het gebruik van professionele zorg is gebruik gemaakt van Mixed Models waarbij het aantal uren professionele zorg (uit zowel AWBZ als Wmo) de afhankelijke variabele is⁷. Er is gebruik gemaakt van gegevens van 981 ouderen van wie het zorggebruik op tenminste twee van de drie waarnemingen bekend is (in totaal 2414 waarnemingen). De gedachte is dat het aantal uren zorg toeneemt in de tijd tussen de waarneming van 2001/02 en de laatste waarneming in 2008/09. Het zorggebruik hangt natuurlijk samen met kenmerken van de ouderen zoals persoonskenmerken (sekse, leeftijd en opleidingsniveau), de ontwikkelingen in gezondheid (toename van kwetsbaarheid en beperkingen, afname van subjectieve gezondheid en de mate van ervaren regie en een toename van het aantal depressieve symptomen) en ontwikkelingen in sociale hulpbronnen (verlies van een partner, een krimpend netwerk, veranderingen in de mate van mantelzorg) en particuliere hulpbronnen (aan/afwezigheid van particuliere hulp). De verwachting is dat deze groepen van factoren allen een deel van de toename in het zorggebruik gedurende de tijd zullen verklaren. Daarom zijn er drie modellen getoetst, waarin achtereenvolgens persoonskenmerken (Model 1), kenmerken van de ontwikkelingen in gezondheid (Model 2) en kenmerken van de ontwikkeling in sociale en particuliere hulpbronnen (Model 3) worden toegevoegd.

⁷ Er is gebruik gemaakt van het natuurlijk logaritme van de afhankelijke variabele.

Kenmerken van het sociale netwerk bij zelfstandig wonende ouderen en de inzet van professionele zorg

Om te onderzoeken wat het effect van persoonskenmerken van de ouderen op het zorggebruik is, is een model met de factoren tijd (max. 7,86 jaar), sekse (0=man, 1= vrouw), leeftijdsgroep (65-75, 75-85 jaar, 85 en ouder) en opleidingsniveau (laag, midden, hoog) getoetst (Model 1, Tabel 4.1). Hieruit blijkt dat het aantal uren zorggebruik samenhangt met sekse (vrouwen hebben meer uren zorg), leeftijd (in hogere leeftijdscategorie meer uren zorg) en opleidingsniveau (minder uren zorg bij een hoger opleidingsniveau). Bovendien zien we dat de factor tijd samenhangt met het aantal uren zorg ($b=0,015$, $p=,001$).

In het tweede model worden ook kenmerken van de ontwikkeling in gezondheid toegevoegd. De onderzochte gezondheidskenmerken zijn het lichamelijk functioneren (range 1-5, een hoge score staat voor beter functioneren), kwetsbaarheid (nee/ja), de subjectieve gezondheidsbeleving (scorebereik 1 'zeer goed' - 5 'slecht'), de mate van ervaren regie (scorebereik 5-35) en depressieve symptomen (scorebereik 0-60). Zoals verwacht neemt het aantal uren zorg toe als de oudere kwetsbaar wordt ($b=0,120$, $p<,001$) en een beter lichamelijk functioneren (minder lichamelijke beperkingen) hangt samen met minder uren zorg ($b=-0,333$, $p<,001$). Veranderingen in subjectieve gezondheid, ervaren regie en depressieve symptomen hebben hiernaast geen significant effect (alle p waarden $>0,05$). Het effect van de factor tijd neemt in een model met persoonskenmerken en ontwikkelingen in gezondheid af ($b=0,011$, $p=,01$). Ontwikkelingen in gezondheid verklaren gezamenlijk 26,6% van de toename in zorguren over tijd⁸. Opvallend is dat in een model met gezondheidskenmerken het hogere aantal uren zorggebruik bij hoog opgeleide ouderen niet meer significant is. Blijkbaar gebruiken hoog opgeleide ouderen niet minder uren zorg dan laag opgeleiden als rekening wordt gehouden met hun lichamelijke gezondheid.

Vervolgens is onderzocht wat het effect van ontwikkelingen in het sociale netwerk is op het aantal uren zorg bij ouderen. De kenmerken van het sociale netwerk die zijn onderzocht zijn ontwikkelingen in de grootte van het sociaal netwerk (0-74), de partnerstatus (0-1) en mantelzorg (hulp van zowel partner als familie of vrienden buiten het huishouden; 0-1). Daarnaast is ook gekeken naar het effect van het gebruik van een particuliere hulp (0-1). In een model waarin ook rekening wordt gehouden met persoonskenmerken en gezondheidskenmerken van de ouderen, zijn een groter netwerk, en het hebben van een partner, particuliere hulp en mantelzorg allen geassocieerd met minder uren zorg (alle p waarden $<,05$). Met andere woorden, het zorggebruik neemt toe bij een inkrimpend sociaal netwerk, afwezigheid van een partner, en het ontbreken van particuliere hulp en mantelzorg. Naast de ontwikkelingen in sociaal netwerk blijven ook ontwikkelingen in gezondheid (lichamelijk functioneren en kwetsbaarheid) belangrijk voor het gebruik van zorg bij ouderen. Het effect van de factor tijd nam in een model gecontroleerd voor persoonskenmerken, ontwikkelingen in gezondheid en ontwikkelingen in sociaal netwerk verder af ($b=0,009$, $p=,034$). De bijdrage van ontwikkelingen in sociale en particuliere hulpbronnen aan het verklaren van de toename van zorguren over tijd is -naast ontwikkelingen in gezondheid- 18,2%. **We kunnen hieruit opmaken dat naast een afname in gezondheid ook een**

⁸ Dit wordt berekend door de afname in de coëfficiënt (b) van de factor tijd te delen door de oorspronkelijke waarde van de coëfficiënt en te vermenigvuldigen met 100.

Tabel 4.1 Samenhang tussen de ontwikkeling van sociale en particuliere hulpbronnen met de inzet van professionele zorg uit AWBZ en Wmo bij 981 zelfstandig wonende ouderen (LASA waarnemingen 2001-02/2005-06/2008/09)

	Model 1		Model 2		Model 3	
	b	p-waarde	b	p-waarde	b	p-waarde
Tijd	0,015	,001	0,011	,010	0,009	,034
Sekse	0,161	<,001	0,064	,009	0,050	,045
Leeftijdsgroep:						
65 - 74 jaar	ref. groep		ref. groep		ref. groep	
75 - 84 jaar	0,240	<,001	0,129	<,001	0,127	<,001
≥ 85	0,619	<,001	0,303	<,001	0,307	<,001
Opleidingsniveau:						
laag	ref. Groep		ref. groep		ref. groep	
midden	-0,107	,025	- 0,036	,169	-0,004	,871
hoog	-0,092	<,001	0,013	,729	0,081	,031
Lichamelijk functioneren	---	---	-0,333	<,001	-0,336	<,001
Kwetsbaar	---	---	0,120	<,001	0,102	,001
Subjectieve gezondheid	---	---	0,022	,145	0,027	,065
Ervaren regie	---	---	-0,003	,334	-0,006	,070
Depressieve symptomen	---	---	0,001	,693	0,000	,894
Netwerkgrootte	---	---	---	---	-0,003	,028
Partner	---	---	---	---	-0,119	<,001
Particuliere hulp	---	---	---	---	-0,341	<,001
Mantelzorg	---	---	---	---	-0,192	<,001

afname van sociale en particuliere hulpbronnen bijdraagt aan de toename in de uren professionele zorg die ouderen gebruiken. Daarnaast gebruiken vrouwen, de oudste ouderen en hoog opgeleiden de meeste zorg in uren. Dat juist hoog opgeleiden meer uren zorg gebruiken als rekening wordt gehouden met hun gezondheid en sociale en particuliere hulpbronnen wijst er mogelijk op dat zij minder dan laag opgeleiden over netwerken beschikken waaruit hulp wordt gegenereerd. Uit nadere analyses (niet gepresenteerd in tabel) blijkt dat hoger opgeleiden inderdaad minder vaak mantelzorg ontvangen dan laagopgeleiden (14,1 % versus 34,9%), maar hoog opgeleiden hebben wel vaker een partner (66,0% versus 44,7%) en particuliere hulp (34,4% versus 10,6%) dan laag opgeleide ouderen. Bovendien zijn hun netwerken groter (gemiddeld 14,6 personen versus 10,9 personen bij ouderen met een laag opleidingsniveau). Mogelijk doen hoog opgeleide ouderen sneller een beroep op professionele zorg zijn zij beter in staat een (grotere) indicatie voor zorg te krijgen. Het betreft het hier uren zorg aan huis,

waardoor de suggestie ontstaat dat hoger opgeleiden mogelijk ook meer behoefte hebben aan autonomie en minder vaak dan laag opgeleide ouderen kiezen voor verblijf in een verzorgingshuis. In aanvullende analyses hebben we ook onderzocht of het effect van sociale en particuliere hulpbronnen verschilt voor mannen en vrouwen, en voor ouderen met en zonder partner. We hebben hiervoor de interactietermen van sekse en de sociale en particuliere hulpbronnen (netwerkgrootte, partner, mantelzorg en particuliere hulp) en van partnerstatus met netwerkgrootte, mantelzorg en particuliere hulp getoetst. Er bleken geen verschillen te zijn in de effecten van sociale en particuliere hulpbronnen voor mannen en vrouwen (alle p waarden van de interactietermen $>.10$), maar er werden wel interacties gevonden van partnerstatus met netwerkgrootte ($p=.07$), met mantelzorg ($p=.01$) en met particuliere hulp ($p<.001$). Het effect van de sociale en particuliere hulpbronnen op het aantal uren zorg bij ouderen zonder partner is veel sterker dan bij ouderen met een partner. Een groter netwerk leidt bij ouderen zonder partner tot minder zorg ($b=-.006$, $p=.012$), maar niet bij ouderen met een partner ($b=.001$, $p=.334$). Mantelzorg heeft bij ouderen zonder partner een veel sterker preventief effect op zorggebruik ($b=-.302$, $p<.001$) dan bij ouderen met een partner ($b=-.110$, $p<.001$). En vooral een particulier betaalde hulp heeft een sterker effect bij ouderen zonder partner ($b=-.548$, $p<.001$) dan bij ouderen met partner ($b=-.171$, $p<.001$). **Dat wil zeggen dat juist alleenstaande ouderen en ouderen die verweduwen meer professionele zorg gaan gebruiken als zij een kleiner netwerk hebben, geen mantelzorg ontvangen en/of geen particuliere hulp hebben.**

Samenvatting: ontwikkelingen in sociale en particuliere hulpbronnen en het gebruik van professionele zorg en hulp

- In dit hoofdstuk stond de vraag centraal of in hoeverre de ontwikkeling in het zorggebruik bij ouderen samenhangt met ontwikkelingen in zorg van sociale en particuliere hulpbronnen. **Een afname van de netwerkomvang, de afwezigheid van een partner, het ontbreken van mantelzorg en van particuliere hulp dragen allen, naast afname van gezondheid, bij tot een toename in het aantal uren professionele zorg gebruik.**
- Vooral bij ouderen zonder partner hebben een groter sociaal netwerk, mantelzorg en particuliere hulp een preventief effect op het zorggebruik in uren.

5. Kwetsbare ouderen: zorg of geen zorg? Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport hebben we onderzocht hoeveel (kwetsbare en/of beperkte) ouderen gebruik maken van verschillende typen zorg (AWBZ zorg, Wmo hulp en Informele zorg) en welke kenmerken deze ouderen hebben. Daarnaast is onderzocht of ontwikkelingen in sociale en particuliere hulpbronnen samenhangen met het zorggebruik bij ouderen. In dit onderzoek onder 1191 ouderen (≥ 65 jaar) uit de LASA waarneming 2008/09 heeft 11,5% AWBZ zorg, waarvan een op de drie kwetsbaar is en meer dan de helft beperkt. 35,6% van de ouderen heeft Wmo hulp, hiervan is een op de vijf kwetsbaar en bijna de helft beperkt. Ook krijgt 34,8% hulp van een partner, het netwerk of een particuliere hulp waarvan een op de acht kwetsbaar, en heeft iets meer dan een op de tien beperkt. Relatief zijn ouderen met informele hulp minder vaak kwetsbaar of beperkt, dan ouderen met AWBZ zorg en Wmo hulp.

Ongeveer een op de vijf kwetsbare ouderen, en een op de acht ouderen met een beperking heeft geen enkele vorm van AWBZ zorg, Wmo hulp en/of zelf georganiseerde hulp. Bij ouderen met zowel kwetsbaarheid als een beperking heeft vrijwel iedereen een vorm van AWBZ zorg of Wmo hulp. Het wel of niet krijgen van zorg bij kwetsbare en/of beperkte ouderen hangt samen met een hogere leeftijd, het ontbreken van een partner, het hebben van meer lichamelijke ziekten en depressieve symptomen, een mindere mate van ervaren regie.

Ook bij niet kwetsbare en/of beperkte ouderen hangt het ontvangen van zorg uit AWBZ of Wmo samen met het ontbreken van een partner, het hebben van meer lichamelijke ziekten en depressieve symptomen. Niet kwetsbaar en/of beperkte ouderen met zorg zijn vaker hoog opgeleid dan ouderen met zorg die wel kwetsbaar en/of beperkt zijn, maar zij hebben minder vaak informele hulp. De resultaten wijzen erop dat ouderen met geïndiceerde zorg deze ook daadwerkelijk nodig hebben.

De ouderen die wel een indicatie hebben gekregen voor AWBZ zorg maar daar geen gebruik van maken blijken wel Wmo hulp te hebben. Een aantal hiervan zal mogelijk een indicatie hebben voor verblijf en op een wachtlijst staan, of hebben een indicatie voor persoonlijke zorg, maar zetten deze nu nog niet in omdat de overige hulp (nog) voldoende is.

Er is een samenhang in de ontwikkeling van sociale en particuliere hulpbronnen enerzijds en de ontwikkelingen in het gebruik van professionele zorg anderzijds. Een afname van de netwerkomvang hangt vooral bij kwetsbare en beperkte ouderen samen met een groter aantal uren professionele zorg. Hulp uit het netwerk en particuliere hulp dragen bij tot minder gebruik van professionele zorg. Dit ontberen van hulp uit het sociaal netwerk speelt een rol in het gebruik van professionele zorg naast het effect van een toename in beperkingen en kwetsbaarheid.

Aanbevelingen

Voorkom beperkingen bij kwetsbare ouderen

Het onderzoek wijst uit dat ouderen die alleen kwetsbaar zijn en niet fysiek beperkt in veel mindere mate zorg gebruiken dan ouderen die kwetsbaar en fysiek beperkt zijn. Kwetsbaarheid op zich lijkt daarmee onvoldoende indicatie voor een actuele zorgvraag. Bij het bepalen van de actuele zorgbehoefte is het dan ook nodig om niet alleen de kwetsbaarheid maar ook de mate van functionele beperkingen van ouderen vast te stellen. Fysieke beperkingen geven vooral aanleiding tot gebruik van Wmo-hulp en pas in ernstige mate tot inzet van persoonlijke verzorging vanuit de AWBZ. Het voorkomen van ernstige fysieke beperkingen bij kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld via hulpmiddelen, revalidatie of medische behandeling, zal dan ook zorggebruik kunnen voorkomen.

Stimuleer samenlevingsvormen waardoor ouderen niet alleenwonend hoeven zijn

Dit onderzoek laat zien dat een groot sociaal netwerk en hulp uit het netwerk belangrijke factoren kunnen zijn in het verminderen van de hoeveelheid zorg die door professionals wordt gegeven. Een partner en een groot sociaal netwerk zijn belangrijke hulpbronnen voor de oudere, waarmee professionele zorg kan worden uitgesteld of verminderd. Alleenstaande ouderen vormen een groep met een verhoogd gebruik van professionele zorg. Het terugdringen van het aantal alleenstaande ouderen zou wenselijk zijn, maar verweduwing is voor velen onlosmakelijk verbonden met het ouder worden. Daarnaast zijn er ook steeds meer ouderen die door echtscheiding alleenstaand zijn. Een verzorgingshuis is voor veel ouderen die alleenstaand zijn, maar nog in goede gezondheid verkeren meestal geen optie, en meestal door de oudere zelf ook niet gewenst. Maar het uitbreiden van de mogelijkheden voor woonvormen waarbij in kleine gemeenschappen wordt samengeleefd biedt mogelijk wel een kans om het aantal alleenwonende ouderen terug te dringen en hun netwerken te vergroten. Te denken valt aan woongroepen, of een groep appartementen in eigen beheer, met zowel een eigen leefruimte als een gezamenlijk deel. Ouderen kunnen dan onderling zorg verlenen, en ook gezamenlijk zorg inkopen als dat nodig is, terwijl zij toch zo veel mogelijk zelfstandig zijn.

Aandachtspunt: Ouderen met partners kunnen ook samen kwetsbaar zijn

Het samenleven met een partner hoeft niet altijd tot een minder grote zorgvraag te leiden. Partners kunnen immers samen beperkt worden en samen zorg nodig hebben. Het is belangrijk om bij het vaststellen van een zorgbehoefte ook de kwetsbaarheid of functioneren van een aanwezige partner te betrekken.

Moedig (niet alleen) ouderen aan te (blijven) investeren in een sociaal netwerk

Ouderen met grote netwerken, waaruit mantelzorg kan worden gegenereerd zijn minder afhankelijk van professionele zorgvormen. Vooral bij kwetsbare ouderen blijkt een groot netwerk preventief te zijn voor het inzetten van professionele krachten. Voor ouderen is het vaak moeilijk een netwerk uit te breiden, maar ouderen kunnen wel aangemoedigd worden in hun netwerk te blijven investeren, zodat zij sociale contacten kunnen behouden. Het internet kan hierbij een hulpmiddel zijn als fysieke beperkingen in het onderhouden van sociale contacten, vooral voor de jongere generaties ouderen, die vaker bekend zijn met internetgebruik dan de oudste ouderen. Investeren in sociale netwerken kan natuurlijk ook op allerlei andere manieren. Het toegankelijk maken en houden van activiteiten waarbij ouderen de mogelijkheid hebben anderen te ontmoeten, zoals bijvoorbeeld in buurthuizen, blijven daarom belangrijk. Maar de basis voor een groot netwerk wordt doorgaans al op veel jongere leeftijd gelegd. Het is daarom zaak om in alle leeftijdslagen het investeren in een sociaal netwerk te promoten.

Onderzoek de mogelijkheden van de particuliere hulp: wie zijn ze, wat doen ze, en hoe kan deze hulp voor alle ouderen beschikbaar zijn en blijven?

Een andere belangrijke factor is het hebben van een particuliere hulp. Ouderen die deze vorm van zorg inzetten kunnen daarmee de professionele zorg uitstellen of verminderen. Een particuliere hulp is ook een belangrijke hulpbron die het professionele zorggebruik terug kan dringen of uit kan stellen. Een particuliere hulp is lang niet altijd een professional, en biedt doorgaans vooral huishoudelijk hulp. Een particuliere hulp is flexibeler dan een hulp uit een thuiszorginstelling: de werktijden en de taken worden in onderling overleg met oudere vastgesteld. Een particuliere hulp kan worden ingezet voor schoonmaakwerk en boodschappen, maar misschien ook voor hulp bij het aantrekken van steunkousen. Bovendien heeft de oudere zelf zeggenschap over wie de hulp levert, en vaak is dat een goede bekende die soms al jarenlang de hulp levert. Dat maakt deze vorm van hulp mogelijk bijzonder waardevol. Het verdient dan ook de aanbeveling om nader onderzoek te doen naar de functie van de particuliere hulp: wat is de relatie met de oudere, welke taken worden verricht, wat vindt de oudere van de kwaliteit van deze zorg, en wat zijn de kosten hiervan. Mogelijk is het beschikbaar stellen van een persoonsgebonden budget voor ouderen die deze zorg niet zelf kunnen financieren een middel om de zorgkosten terug te dringen.

Referenties

- Andersen, R & Newman JF (2005) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States *The Milbank Quarterly* 83 (4): 1-28
- Deeg, D.J.H., Puts, M.T.E. (2007). Het kwetsbare succes van ouder worden. Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 32, 5, 147-151.
- Deeg, D.J.H., Puts, M.T.E. (2008). Kwetsbaarheid bij ouderen: predictoren en gevolgen. *Verpleegkunde*, 23, 1, 12-23
- den Dulk, C.J., van de Stadt, H., & Vliegen, J.M. (1992) Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: De omgevingsadressendichtheid [A new measure for degree of urbanisation: The address density of the surrounding area]. *Maandstatistiek van de Bevolking*, 40, 14-27
- Fried LP, Ferucci L, Darer J, Williamson JD Anderson G (2004) Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 59(3): M255-M263
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke g, McBurnie AM (2001) Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56 (3): M146-M157
- Huisman M, Poppelaars J, Horst M van der, Beekman ATF, Brug J, Tilburg T van, Deeg DJH (2011) Cohort Profile: The Longitudinal Aging Study Amsterdam *Int. J. Epidemiol.* 2011; 1-9
- Iersel, MG van, DRM Jansen, MGM Olde Rikkert (2009) 'Frailty' bij ouderen *Ned Tijdschr Geneeskde* 153: A183; 1-8
- Pearlin LI and Schooler C (1978) The structure of coping *J Health and Soc Beh*, 19: 2-21
- Radloff LS (1977) The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl. Psychol. Meas.* 3, 385-401
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2011) Kwetsbare ouderen. C. van Campen (red).
- Verbrugge LM, Jette AM (1993) The Disablement Process. *Soc Sci Med* 1993; 38: 1-14

Bijlage 1. Meetinstrumenten

Zorgvariabelen

AWBZ zorg

In het LASA interview wordt respondenten gevraagd naar de huidige hulp bij persoonlijke verzorging. Vervolgens wordt gevraagd van wie deze hulp verkregen wordt: partner, inwonend kind, andere inwonende, overige familie buiten woning, burens/vriend/kennis, vrijwilligers, wijkverpleegkundige, bejaardenhulp/alfahulp, particuliere hulp, personeel tehuis of ziekenhuis, anders, niemand. Indicator voor AWBZ zorg is *persoonlijke zorg* die wordt ontvangen van een betaalde zorgverlener (wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp of particuliere hulp). Ook verblijf in een (verpleeg) tehuis is een subcategorie van de variabele AWBZ zorg, en gebaseerd op gegevens van de woonsituatie van de respondent. Deze gegevens over AWBZ zorg zijn aangevuld met gegevens over de aanwezigheid van een AWBZ indicatie uit het medisch interview. Er wordt geen onderscheid gemaakt in het soort zorg dat geïndiceerd of ingezet: het kan gaan om verpleging, begeleiding of ondersteuning van een oudere.

Wmo hulp

De variabele Wmo hulp is gebaseerd op de vraag over de aanwezigheid van *huishoudelijke hulp* door een formele zorgverlener (thuiszorg wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp), uit het interview. Als een of beide vragen positief is beantwoord, is sprake van formele hulp. Daarnaast is er gebruik gemaakt van gegevens uit het medisch over het gebruik van Wmo voorzieningen (zoals aanpassingen in de woning, regelingen voor het vervoer, maaltijdservice).

Informele hulp

Deze variabele is gebaseerd op alle ontvangen persoonlijke zorg of huishoudelijke hulp verkregen van partner, kinderen, overige familie, burens/vrienden en vrijwilligers (bijvoorbeeld van de kerk) en gebaseerd op vragen uit het hoofdinterview. Er is onderscheid gemaakt in de ontvangen zorg door de partner, een particuliere hulp of van netwerkleden buiten het huishouden.

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid (0=nee, 1=ja) is bepaald door BMI <23, geheugenproblemen (MMSE < 24), verminderd gehoor, gezichtsvermogen, handkracht en weinig lichaamsbeweging (Huisman et al, 2011). Voor elk van deze factoren is een criterium van kwetsbaarheid bepaald, tezamen leveren deze items een gemiddelde score op tussen de 0 en 1. Als men een gemiddelde score van 0,29 of minder heeft, wordt men geacht kwetsbaar te zijn.

Functionele beperkingen

Functionele beperkingen zijn in LASA gemeten aan de hand van 7 vragen over het al dan niet zelfstandig kunnen uitvoeren van de dagelijkse (lichaams)activiteiten (ADL). Deze activiteiten zijn een trap van 15 treden open en aflopen zonder stil te hoeven staan, aan en uitkleden, gaan zitten en opstaan uit een stoel, het knippen van de teennagels, buitenshuis lopen zonder stil te hoeven staan, gebruik maken van

het openbaar vervoer en zelf een bad of douche nemen⁹. Voor elk van deze activiteiten is gevraagd of zij dit zonder moeite (1), met enige moeite (2), met veel moeite (3), alleen met hulp (4) of helemaal niet (5) kunnen uitvoeren. Op grond hiervan is een dichotome variabele geconstrueerd waarbij de waarde 1 'matige tot ernstige functionele beperkingen' is toegekend als de oudere bij een of meerdere van deze activiteiten aangaf dit met veel moeite, alleen met hulp of helemaal niet kunnen uitvoeren. Voor de continue variabele 'functionele beperkingen' zijn de scores opgeteld waarbij een hogere score staat voor minder functionele beperkingen.

Kwetsbaarheid en/of beperkingen

Naast de dichotome variabelen kwetsbaarheid en beperkingen is er ook een variabele gebruikt met vier categorieën die beide aandoeningen combineert: (1) geen kwetsbaarheid of beperkingen, (2) alleen kwetsbaar, (3) alleen beperking, (4) zowel kwetsbaar als beperkt.

Ervaren regie

Als indicator voor de mate van ervaren regie is gebruik gemaakt van de 'mastery schaal' een ingekorte versie van de Pearlin Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978), die bestaat uit 7 items met categorieën die variëren van 1=helemaal mee eens tot 5=helemaal niet mee eens. De 7 vragen zijn onderdeel van het hoofdinterview en zijn:

1. Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen .
2. Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen .
3. Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.
4. Ik voel met vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven.
5. Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben.
6. Ik kan ongeveer alles als ik mijn zinnen erop gezet heb.
7. Wat in de toekomst gebeurt, hangt voor het grootste deel van mijzelf af.

De totaal score is de som van individuele items, en heeft een range van 5 tot 35 . Een hogere score betekent een hogere mate van ervaren regie.

Subjectieve gezondheid

De subjectieve gezondheid is bepaald aan de hand van de vraag 'hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?' met de antwoordcategorieën: 1)zeer goed, 2)goed, 3)gaat wel, 4)soms goed/soms ,5)slecht. Een hogere score is een slechtere subjectieve gezondheid.

Depressie

Depressieve symptomen zijn gemeten met de CES-D schaal (Radloff 1977), een zelf rapportage vragenlijst met 20 items over de afgelopen week, ontwikkeld om de depressieve symptomen in de algemene bevolking te meten. Er wordt gebruik gemaakt van een 4-punts antwoordschaal. De range van de schaal loopt van 0 tot 60, waarbij een hogere score gelijk is aan meer depressieve symptomen. Een score >16 wordt vaak beschouwd als een indicator voor een diagnoseerbare depressieve stoornis.

⁹ Een zevende activiteit die in LASA is gevraagd is het knippen van de teennagels. Deze vraag is echter hier buiten beschouwing gelaten omdat veel ouderen gebruik maken van een pedicure om andere redenen dan hier bedoeld wordt waardoor het aantal lichamelijk beperkingen wordt overschat.

Netwerkomvang

De netwerkomvang is het totaal aantal geïdentificeerde netwerkleden van de oudere. Een netwerklid is een persoon met wie regelmatig contact is en die belangrijk is voor de oudere. De vragen over het netwerk zijn onderdeel van het hoofdinterview.

Regio

De regio van de respondent is bepaald aan de hand van de postcode van de respondent en representeert de drie regio's waarin LASA respondenten zijn geïnccludeerd: Amsterdam en omgeving (west), Zwolle en omgeving (noordoost) en Oss en omgeving (zuid). Omdat er ouderen zijn die in de looptijd van het onderzoek zijn verhuisd naar een plaats buiten deze regio's, is er een 4e categorie (andere regio) die deze groep representeert.

Urbanisatiegraad

Dit is een categorale variabele met de categorieën 5 'erg hoog (>2500)' 4 'hoog (1500-2500)' 3 'matig (1000-1500)' 2 'laag (500-1000)' 1 'geen (<500)' en is gebaseerd op het aantal adressen per vierkante kilometer binnen en cirkel met een radius van een kilometer (Den Dulk, Van de Stadt & Vliegen, 1992). Het doel is de concentratie van menselijke activiteit te meten.

Longitudinale zorg variabelen:*Professionele zorg*

Professionele zorg is alle persoonlijke of huishoudelijke zorg van professionele zorgverleners. Het gaat hier dus om zorg uit Wmo en/of AWBZ. Omdat er voor 2007 andere regels golden voor het onderscheid tussen AWBZ zorg en Wmo hulp is dit onderscheid voor de longitudinale analyses niet gemaakt.

Mantelzorg

Voor de analyses op longitudinaal niveau (hoofdstuk 3) is mantelzorg alle persoonlijke of huishoudelijke hulp en zorg van partner kinderen, overige familie, burens/vrienden en vrijwilligers (bijvoorbeeld van de kerk).

Particuliere hulp

Het hebben van particuliere hulp (0 = nee, geen particuliere hulp 1= ja, particuliere hulp) is gebaseerd op vervolgvragen over zowel gebruikte persoonlijke zorg als huishoudelijke hulp in het hoofdinterview. Voor zowel persoonlijke zorg als huishoudelijke hulp is gevraagd 'van wie ontvangt u deze zorg of hulp', waarbij een van de mogelijke antwoordopties 'particuliere hulp' is. De variabele is op alle drie de meetmomenten op dezelfde manier geconstrueerd.